**ZGŁOSZENIE DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

**„*Korpus Wsparcia Seniorów*” na rok 2025**

Ja niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wypełnić drukowanymi literami

Numer PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że\*:

a. zamieszkuję na terenie Gminy Pajęczno

b. jestem osobą:

- samotnie zamieszkującą

- zamieszkującą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

c. jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,

d. posiadam / nie posiadam orzeczony .....................................stopień niepełnosprawności (proszę wskazać)

\* właściwe podkreślić

✔ Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniami poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”

przyznanych mi zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie przez cały czas mojego

uczestnictwa w Programie.

✔ Oświadczam, że akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „KORPUS WSPARCIA

SENIORÓW" na rok 2025 realizowanego przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pajęcznie

✔ Otrzymałam/em Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pajęcznie.

Oświadczam, że informacje zawarte w Zgłoszeniu do uczestnictwa w Programie są aktualne

i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data i miejsce) (Czytelny podpis )